Name, Vorname

geb. am

Datum

MLD Medizinische Laboratorien Düsseldorf

Nordstrasse 44 40477 Düsseldorf
Telefon 0211/4978-0 Fax 0211/4978-333

000060010021

Kostenträger:

- ☐ Krankenhaus
- ☐ Patient
- ☐ GKV (Ü-Schein beifügen)
- ☐ telefonische Durchgabe
- ☐ Faxbefund vorab

internes Barcodefeld nicht bekleben!

Anforderungsschein Molekulargenetik

Entnahmedatum

Uhrzeit

Aufklärung und Einwilligungserklärung bezüglich genetischer Analysen

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Durchführung der genetischen Untersuchung.
Ich bin damit einverstanden, dass ...

- das erforderliche Untersuchungsmaterial entnommen wird.
- die Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für weiterführende genetische Analysen zur Diagnosefindung verwendet und aufbewahrt wird.
- das Probenmaterial evtl. an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet wird.
- das Untersuchungsmaterial für die Qualitätssicherung aufbewahrt und verwendet werden kann.
- ich und der behandelnde Arzt, mitbehandelnde Ärzte/ Vertretungsärzte über das Ergebnis informiert werden.

Jeder Punkt der Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden, mit der Folge, dass die Untersuchung ggf. abgebrochen wird.
Ich wurde beraten, aufgeklärt und bin mit der angeforderten Analyse sowie o.g. Punkten einverstanden.

.....	.....	.....
Ort/Datum	**Unterschrift des Patienten / ges. Vertreters**	**Unterschrift verantwortlicher Arzt**

Thrombophilie / Arteriosklerose	
☐ Faktor V Leiden Mutation	E/CB
☐ Faktor II Mutation	E/CB
☐ MTHFR Mutation	E/CB
☐ ACE-I/D-Polymorphismus	E/CB
☐ HPA-1 a/b Mutation	E/CB
☐ PAI- 4G/5G-Mutation	E/CB
Haematologie	
☐ JAK 2 V617F (PV, ET, IMF) *	E
☐ Philadelphia-Chr. BCR-ABL t(9;22) *	E

Pharmakogenetik	
☐ DPD - Mangel (4-DPYD-Genpolymorphismen; 5-FU Sensitivität)	E
☐ TPMT (Thioguanin-Sensitiv.)	E

Gynäkologie	
☐ fetaler Rhesusfakor D aus mütterlichen Blut	E

Stoffwechselerkrankungen	
☐ Laktoseintoleranz LCT-13910T	E
☐ Fruktoseintoleranz (Aldolase B)	E
☐ Hämochromatose (HFE 282, 63, 65)	E
☐ Morbus Wilson ATP7B	E
☐ alpha1-Antitrypsin (PiS/PiZ)	E
☐ UGT 1A1*28 (Morbus Meulengracht)	E
☐ Apolipoprotein E	E
☐ Apolipoprotein B100	E
☐ Vitamin D-Rezeptor B/b (Osteopor.)	E
☐ Hereditäre Pankreatitis (SPINK1, PRSS1, CFTR) *	E
☐ Fam. Mittelmeerfieber (MEFV)	E

E=EDTA , CB= Citratblut *Kooperationslabor

HLA-Typisierung	
☐ HLA-A *	E
☐ HLA-B	E
☐ HLA-B27 (Rheuma / M. Bechterew)	E
☐ HLA-B5701 (Abacavir-Hypersensit.)	E
☐ HLA-C	E
☐ HLA-DR *	E
☐ HLA-DQB *	E
☐ HLA-DQA *	E
☐ HLA-Typ- b. Verd. a. Zöliakie *	E
☐ HLA-Typ. b. Verd. a. Narkolepsie *	E
Hämoglobinopathien (häufigste Mutationen)	
☐ beta-Globin (Beta-Thalassämie)	E
☐ alpha-Globin (Alpha-Thalassämie)	E

SONSTIGES:

Vom Arzt auszufüllen, wenn eine Einwilligung des Patienten gemäß §8 GenDG für die angeforderte Untersuchung anstelle dieses Formulares dem Arzt separat vorliegt.

.....	.....
Ort/Datum	**Arztunterschrift**

Praxisstempel

Powered by Mediaform.de